Z kliniki chirurgicznej Prof. Rydygiera w Krakowie.

O TŁUSZCZAKACH
SZNURA NASIENNEGO

NAPISAŁ

Dr. Antoni Gabryszewski

b. I. asystent kliniki chirurgicznej.

BJC

W KRAKOWIE,

DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1897.

46146
II

Biblioteka Jagiellońska

[library stamp]

O tłuszczakach sznura nasiennego.

Napisał

Dr. Antoni Gabryszewski

b. I. asystent kliniki.

1. Niezwykły guz worka mosznowego.

Przed kilku laty nadarzył się w klinice chirurgicznej przypadek, który, jako „rara avis“, zaprzątał dłuższą chwilę nasze umysły już samą trudnością rozpoznania, — a który nadto poprzednio stał się powodem niemiłych terapeutycznych pomyłek lekarzy światłych i doświadczonych. Ze względów praktycznych postanowiłem go ogłosić.

Zestawienie analogicznych przypadków z literatury przedstawiało takie trudności, że już miałem niewdzięcznej pracy zaniechać, gdy ogłoszenie tezy paryskiej Sarazina zachęciło mnie na nowo do wykonania dawnego zamiaru.

Opis naszego przypadku przytaczam, jako wstęp do rozprawy, w tej formie, w jakiej go przed laty skreśliłem:

W Październiku 1892 r. zgłosił się do kliniki krak. Pan I. C., człowiek podeszły, z potężnym guzem worka mosznowego, uskarżając się na lekarzy, którzy mu zapowiedzieli, że wodę z guza tego wypuszczą, ale mimo kilkakrotnego nakłówania trójgrańcem, nic nie wypłynęło; natomiast jądro zaczęło mocno boleć; — to zdecydowało go do szukania porady w Krakowie.

Ponieważ guz zdawał się być wodniakiem (hydrocele), należało badanie tem ściślej przeprowadzić. Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że rodzice chorego pomarli w późnym wieku na zapalenie płuc, a przedtem nie chorowali; dwóch braci i trzy siostry, mimo podeszłego wieku, cieszą się wybornem zdrowiem. Sam chory miał kiedyś wrzód miękki i rzeżączkę, ale się z tych przypadłości rychło wyleczył. Kiły nie przechodził. Operowano mu w Wiedniu polipy nosowe, cierpiał też przed laty kilkunastu na wrzody goleniowe, które długo i uporczywie trwały, aż mu się w szpitalu przyrzuciła ciężka róża, z powodu której o mało nie zginął; ale gdy róża minęła, wrzody po niej znikły i już nie wróciły.

Obecne cierpienie rozpoczęło się przed niespełna dwoma laty, bez żadnej wybitniejszej przyczyny. Jednego dnia, podczas jakichś oględzin worka mosznowego, wyczuł chory w tym narządzie guzek, który zwrócił jego uwagę. Czy to było obrzmiałe jądro, czy też zaczęło coś róść około jądra, tego sobie dokładnie nie przypomina; z pewnością jednak wie, że ani śladu przepukliny przedtem u siebie nie spostrzegał. Zrazu nie zwracał na to uwagi, tem więcej, że żadnych a żadnych przykrych przypadłości, ani bólu, ani zawadzania guz ten mu nie sprawiał. Szybszy jednakże wzrost guza, który mu zaczął przy chodzeniu przeszkadzać, zaniepokoił chorego i skłonił do szukania pomocy lekarskiej.

Jak już wspomniałem, lekarz oświadczył, że w guzie jest płyn, który należy wypuścić. Gdy się jednak chory, po dość długiem wahaniu, na ten zabieg zdecydował, a uskutecznione nakłócie nie dało dodatniego wyniku, zgłosił się do krak. kliniki chirurgicznej, gdzie dnia 17 Października został przyjęty.

Badanie chorego dało wynik następujący: Człowiek lat 57, wzrostu średniego, silnie zbudowany i dobrze odżywiony, bez zmian w narządach wewnętrznych, jeżeli nieznacznej rozedmy płuc nie weźmie się w rachubę. Podściółka tłuszczowa rozdzielona równomiernie, ale nieco za obfita. Worek mosznowy powiększony przez guz, znajdujący się po prawej połowie moszen, wielkości głowy dziecka, kształtu jajowatego. Guz ten rozciąga się po więzadło Pouparta, a nawet zdaje się zachodzi do zewnętrznego otworu przewodu pachwinowego, jednak w sam przewód nie zapuszcza się; ma powierzchnię gładką i okazuje chełbotanie (nie pseudofluktuacyę) nadzwyczaj wybitne we wszystkich kierunkach. Skóra mosznowa miernie napięta, licznemi żyłami

pokryta, prącie jeszcze widzialne, choć w znacznej części wśród skóry, pokrywającej guz, się kryjące. Jądro niemacalne, da się wykazać w dolnym, tylnym i wewnętrznym odcinku guza, skutkiem boleśności właściwej przy ucisku. Przeświecania niema. Wypuk wszędzie przytłumiony. Przy parciu i kaszlu guz się nie powiększa, z przewodu pachwinowego nic się nie wysuwa, kruczenia nie ma.

Na podstawie tego badania nasuwało się rozpoznanie wodniaka (hydrocele), zmętniałego skutkiem krwotoku, albo krwisteku (haematocele), przepukliny brzusznej (laparocele), wreszcie *chylocele*, *galactocele*, (trudniej *spermatocele*). Należało jeszcze zrobić nakłócie próbne. To uczyniliśmy kilkakrotnie dość grubą igłą i w kilku miejscach, ale dało ono wynik ujemny; nawet ślad jakiegokolwiek płynu nie pokazał się.

To upewniło nas, że mamy do czynienia z guzem stałym, ale tak miękkim, że daje wybitne objawy chełbotania. Przy dokładnem i silnem obmacywaniu przekonaliśmy się, że guz ten w swych częściach środkowych jest twardym i robi wrażenie, jakby się obmacywało ciało stałe, zanurzone w płynie. Nowotwory, któreby mogły tak się przedstawiać, są: śluzak (myxoma), śluzomięsak (myxosarcoma), tłuszczak (lipoma) — wszystkie bardzo rzadkie, jak to po rozpatrzeniu się w dziele Kochera „O chorobach części rodnych męzkich" stwierdziliśmy.

Rozpoznanie zatem było niepewnem, a najwięcej skłaniałem się do rozpoznania tłuszczaka sznura nasiennego (lipoma funiculi spermatici).

Za łaskawem zezwoleniem mojego szefa, Prof. Rydygiera, przystąpiłem do operacyi dnia 20. X., w uśpieniu. Cięcie podłużne od więzadła Pouparta na dół, długości około 15 ctm.; po przecięciu skóry i wiotkich tkanin podskórnych (tunica Dartos), wystąpił guz, jako ciało obłe, gładkie, twardą, świecącą błoną pokryte (tunica vaginalis) i gdy tę otworzyłem, natychmiast ukazały się w cięciu i jęły wypuklać na zewnątrz cechujące zrazy tłuszczaka, przypominające zwoje mózgowe. Wydobycie guza z jamy było łatwe i szybkie, tylko tłuszczak był z żyłami splotu nasiennego (plexus pampiniformis) ściśle pozrastany i tu oddzielenie wymagało pewnej staranności. Mimo wielkiej ostrożności i zachodów, przecież było nieznaczne następowe sączenie, które wytworzyło rodzaj krwiaka (haematoma) i opóźniło gładki przebieg gojenia. Przewód nasienny i tętnice oddzieliły się z łatwością, jądro nie było ani zrośnięte, ani przerośnięte; otwór zew-

nętrzny przewodu pachwinowego nieco rozszerzony przez wpuklający się do niego szczyt guza.

Następnie zeszyto całkowicie zarówno błonę pochwową wspólną (tunica vaginalis communis), jak i skórę i opatrzono zwyczajnym opatrunkiem aseptycznym.

Przebieg bezgorączkowy.

Po 8 dniach opatrunek. Rychłozrost, ale prawa połowa moszen powiększona, skutkiem wynaczynienia, którego ślady widoczne w czarnych i niebieskich podbiegnięciach na skórze worka mosznowego. Otworzyłem prostemi kleszczykami (korncanga) jamę i wypuściłem nieco krwi i skrzepów; mimo to jednak obrzmienie zupełnie nie ustąpiło. Nie ustąpiło też, kiedy chory po 3 tygodniach klinikę opuszczał.

Dopiero po roku, pod wpływem ciepłych kąpieli, smarowania jodową maścią i czasu, powrócił stan niemal prawidłowy, i jak to stwierdziłem, nie przyszło ani do nawrotu guza, ani do zaniku jądra.

Wyjęty guz przedstawia się jako wcale okazały tłuszczak, o powierzchni zrazowatej, słabo unaczyniony, miękki. Ciężar jego wynosi blizko 5 funtów. Na przecięciu widać część środkową, znacznie twardszą, szarawą barwą odróżniającą się od reszty żółtego guza. Od tej środkowej części rozchodzą się promienisto we wszystkich kierunkach pasma łączno-tkankowe ku powierzchni, coraz wiotsze i coraz rzadsze. Badanie drobnowidowe stwierdza rozpoznanie tłuszczaka o wielkich komórkach tłuszczowych i wielkich zrazach, w części środkowej silnie włóknami tkanki łącznej poprzerastanego (fibrolipoma) „tumeur adipofibreuse“.

Tłuszczak ten wyszedł niewątpliwie z tłuszczu, który zwyczajnie i stale znajduje się w wiotkiej tkance, rozmieszczonej około naczyń krwionośnych, przewodu nasiennego i sznura nasiennego, wewnątrz błony pochwowej wspólnej (tunica vaginalis communis). Zajmował zatem miejsce zwykłego wodniaka (hydrocele) — i, ujęty zgrubiałą błoną tej wspólnej pochwy, dawał objawy rzetelnego chełbotania, bałamucąc przy badaniu i utrudniając rozpoznanie.

Przypadek ten, z wielu względów ciekawy, o którym szczegółowa historya choroby daje dokładne wyobrażenie, wydawał się czemś bardzo rzadkiem, kiedy Kocher w swem

wyczerpującem dziele „O chorobach męzkich organów płciowych“ zaledwie kilka przypadków zdołał przytoczyć.

Przeglądając nadto starannie ważniejsze dzieła chirurgiczne, obejmujące całość lub nawet działy szczegółowe chirurgii, zauważyłem, że wszystkie omawiają tę sprawę niedokładnie, lub wręcz fałszywie. Mówią o nowotworze tym, jakoby o rzeczy dość zwykłej, a nie przytaczają ważniejszych przykładów z literatury, lub powołują się machinalnie na kilka znanych przypadków.

To też kiedy udało mi się zebrać cały szereg ogłoszonych tu i ówdzie przypadków, których autorowie zdają się po większej części nawzajem o sobie nie wiedzieć, uważałem za rzecz dobrą zestawić i krytycznie zastanowić się nad nagromadzonym materyałem, wyjaśnić rzeczy niejasne, a ustalić niepewne.

Czynię to tem chętniej, że do dnia dzisiejszego panuje na tem polu jakaś niejasność i zamięszanie pojęć, że obok wielu luźnych opisów kazuistycznych kilka tylko spotykamy skreślonych staranniej i dokładniej; a z małymi wyjątkami brak wszędzie wyczerpujących uwag krytycznych i należytego ustalenia pojęcia tej sprawy patologicznej [1]). W najbardziej nam przystępnej literaturze niemieckiej niema po prostu żadnej monografii, ani nawet rozprawy z tego zakresu.

Tłuszczakiem sznura nasiennego nazywamy nowotwór, który się wytworzył z tkanki tłuszczowej sznura nasiennego, lub też wyszedł z tkanki tłuszczowej podsurowiczej, lecz rozwinał się wewnątrz osłonki pochewkowej wspólnej (*Tunica vaginalis communis*). Pojęcie to jest bardzo ścisłe i należy je stanowczo odróżniać od podobnych spraw patologicznych tej okolicy, które są czemś częstszem i zwyklejszem.

Tłuszczaki sznura nasiennego są cierpieniem rzadkiem i, jak już wspominałem, nie wiele mamy o nich dokładniej-

---

[1]) W wybornem dziele Kochera „O chorobach części rodnych męzkich“ sprawa tłuszczaków sznura n. jest prawdziwie po macoszemu traktowana; całość przedstawiona niejasno i niedokładnie. Odnośną literaturą uwzględniona słabo, lub fałszywie przytoczona.

szych sprawozdań, a i te pojawiły się dopiero w niedalekiej przeszłości.

Wprawdzie już Cloquet, twórca zajmującej teoryi powstawania przepuklin[1]), opisuje w r. 1819 niewątpliwy przypadek tłuszczaka sznura nasiennego, to jednak dopiero Curlingowi zawdzięczamy ścisły i porządny opis tego cierpienia w r. 1857. Nelaton twierdzi w swojej chirurgii, jakoby tłuszczaki sznura n. były najczęstszymi nowotworami jakie tu wydarzają się; ale przykładu lub faktu żadnego nie podaje. Holmes, d'Annandale, Gascoyen, Deguise, Rossander, Gordon Buck, Eben Watson dają opisy po większej części krótkie, i nie przynoszą nic nowego. Ważniejszą jest dopiero praca Brossarda (1884), który w „Archives de médècine“ dokładnie opisał i cennemi uwagami opatrzył przypadek wielkiego tłuszczaka sznurka nasiennego Wkrótce potem Broca ogłosił kilka przypadków głównie sekcyjnych a za nimi Koch, Gross, Pean, itd. Virchow w wspaniałem dziele o nowotworach lekko tylko dotyka sprawy tłuszczaków sznura n., a Kocher w „Niemieckiej chirurgii“ bardzo niejasno o nich pisze i literatury prawie zupełnie nieuwzględnia. Równie mało zajmuje się tą rzeczą w „Nowym wykładzie chirurgii“ Reclus. Najlepszą i najbardziej wyczerpującą rozprawę o tłuszczakach sznura nasiennego napisał Gaston Sarazin, w swojej „Thèse pour le doctorat en médècine“ Paris, 1895., i z tej pracy zaczerpnąłem znaczną część poniżej przytoczonych przypadków, które w krótkiem streszczeniu podaję:

1 Przypadek. Tłuszczak sznura nasiennego znaleziony w zwłokach starca Cloquet 1819 r. Guz podobny do przepukliny sieciowej

[1]) Cloquet: „Recherches sur les causes et l'anatomie des hernies abdominales.“ Thèse de Paris 1819.

Właściwie już w r. 1780 Pelletan w trzecim tomie swoich „Cliniques“ wspomina o tłuszczaku sznura nas. jako o „hernie graisseuse“; myślał on początkowo, że to przepuklina sieciowa (epiplocele) ale śladu worka przepuklinowego nie znalazł. Uczone zgromadzenie członków „Królewskiej Akademii chirurgii“ nie uwierzyło temu sprawozdaniu i rzecz poszła w zapomnienie (Sarazin).

(epiplocele) nieodprowadzalnej, sięgającej aż do otrzewnej przez przewód pachwinowy.

2 Przyp. Curlinga 1857. Tłuszczak sznura nasiennego. Guz w lewej połowie worka mosznowego, rozpoznawany początkowo przez takich chirurgów, jak M. Thompson, Lavrence i Brodie, jako przepuklina sieciowa, rozmiarami dochodzi wielkości głowy. Lavrence robi 1845 r. operacyę — nie mogąc oddzielić sznura nasiennego, wycina jądro. Mimo to guz powraca, Curling wycina go powtórnie 1849 r.; trzeci nawrót i w 10 lat potem trzecia operacya 1855 r.

3 Przyp. Deguisea. Olbrzymi tłuszczak worka mosznowego. Wyłuszczenie 1859 r. Autor przedstawia guz wielkości głowy, wycięty z worka mosznowego młodego żołnierza. Przy tej sposobności Chassaignac opowiada o podobnym guzie u starca.

4 Przyp. M. Aubert i Icart. Tłuszczak sznura nasiennego, przedstawiony w Tow. lek. w Londynie (chory umarł) 1874 r.

5 Przyp. Gordon-Bucka. Tłuszczak sznura n. wielkości gruszki po stronie prawej. Wyłuszczenie, śmierć. 1871 r.

6 Przyp. Rossandera. Tłuszczak obustronny sznura nas., dochodzący aż do otrzewnej i łączący się ściśle z tłuszczem podotrzewnowym.

7 Przyp. Eben Watsona. Włókniak tłuszczakowy (Fibrolipoma) prawego sznura nasiennego, wielkości dużej gruszki, leczony długo jako przepuklina, która zrazu była mała i dawała się odprowadzać; od 9 lat się powiększyła, a w ostatnich latach stała się nieodprowadzalną; operacya z dobrym skutkiem.

8 Przyp. Brossarda. Tłuszczak sznura nasiennego, 1882 r. B. opisuje przypadek spostrzegany u Cruveilhiego. U mężczyzny 37 lat utworzył się przed 6 laty mały guzek około lewego jądra, który doszedł do rozmiarów głowy dorosłego człowieka i wchodził głęboko w przewód pachwinowy. Lekarze na prowincyi wykonali nakłócie, po którem powstał ropień i ten znowu został nakłóty przez innego lekarza, poczem wyszło dużo ropy i od tego czasu powstała przetoka. Guz wyłuszczono wraz z jądrem, leżącem po stronie wewnętrznej, z łatwością; budowa zrazowata, przewód pachwinowy rozszerzony przedłużeniem szczytu guza; na dole ropień wielkości pomarańczy, u góry torbiel wypełniony płynem jakoby z wodniaka. Guz ważył $4^1/_2$ kg. Żyły skórne worka mosznowego mocno porozszerzane.

9 Przyp. R. M. Hodgesa. Rzadki guz tłuszczakowy w mosznach, który zdawał się, z powodu chełbotania, być wodniakiem. 1884, Boston.

10 Przyp. Willemer w swem sprawozdaniu o przypadku Hodgesa

w *Centralblatt f. Chirurgie* 1885 r. mówi, że w Getyndze operowano guz wielkości głowy, rozpoznany jako mięsak jądra, który się okazał tłuszczakiem sznura nasiennego. Jądro dało się oddzielić i zachować.

11 Przyp. R. Parka (Buffalo). Tłuszczak jądra. (Dwukrotne sprawozdanie w *Centrbl. Chir.* w r. 1886 i 1888). U człowieka 43 lat guz bardzo wielki w worku mosznowym, łatwo pod skórą poruszalny, dawał objawy chełbotania; bolesność tylko tam, gdzie leży jądro. Ponieważ naczynia jądra i sznurek nasienny wchodziły w guz, przeto musiano przy wyłuszczaniu guza wykonać trzebienie. Guz ważył 3 ft. Autor przytacza 3 przypadki Kimballa, Joberta i Deguisea.

12 Przyp. J. Hutchinsona. Tłuszczaki sznura nasiennego. Autor rozpoznał duży tłuszczak lewego sznura nas. i wyłuszczył go bez uszkodzenia jądra. Twierdzi, że rozpoznanie trudne, tylko Cooper się nie mylił.

13 Przyp. Broca 1888. Tłuszczak sznura nasiennego, przedłużający się w przewód pachwinowy — stwierdzony na sekcyi.

14 Przyp. Broca. Tłuszczak sznura nas. po stronie lewej, przepuklina skośna po prawej. Przy sekcyi stwierdzono guz wielkości jaja gęsiego, chełboczący, który robił wrażenie wodniaka (hydrocele), albo przepukliny sieciowej (epiplocele). Pokazało się, że to tłuszczak, który wchodził aż w przewód pachwinowy, nie dotykał jednak otrzewnej.

Przyp. Broca. Tłuszczaki pachwinowe, podobne do przepukliny sieciowej. Tłuszczaki wielokrotne. U chorego z tłuszczakiem na karku i pod brodą guz podłużny w przewodzie pachwinowym, który B. rozpoznaje, jako tłuszczak (lipoma), bez operacyi i bez sekcyi.

15 Przyp. Broca. Tłuszczak sznura nas., który otaczał i jakoby osłaniał dokoła przepuklinę mosznową.

16 Przyp. Broca. Tłuszczaki pachwinowe obustronne. Po lewej stronie tłuszczak otacza przepuklinę i wchodzi wraz z sznurem nas. do przewodu pachwinowego; po prawej tłuszczak leży między pochwą wspólną a m. dźwigającym jądro (cremaster).

17 Przyp. Delbeta. Tłuszczak sznura nas., który wchodzi do przewodu pachwinowego, sięga do otrzewnej i do niej się przyczepia. 1888.

18 Przyp. Gross opisuje tłuszczak sznura nas., 1200 grm. ważący, który wyłuszczył u 70-let. starca. Jądro zupełnie wolne; punkt wyjścia — tkanka tłuszczowa podotrzewnowa. 1890 r.

19 Przyp. Kocha. Tłuszczak worka mosznowego. 1890 r. U człowieka 49 l., który nigdy nie miał przepukliny, guz rozwinął się

zwolna i dochodził do kolan, elastyczny, miękki. Sięgał do otworu zewn. przewodu pachwinowego. K. wyłuszczył guz wraz z jądrem (które leżało osobno na dole guza), gdyż naczynia i przewód nasienny przechodziły przez środek nowotworu. Nadto wydobył mały guz z przewodu pachwinowego, który przed operacyą zdawał się być przepukliną.

Guz ważył 5 funtów, otoczony był grubą białą błoną włóknistą, jakoteż workiem surowiczym, zupełnie w sobie zamkniętym. Istnienie worka tego tłómaczy autor nie jako resztkę dawnego worka przepuklinowego, ale jako nie zupełnie zamknięty processus vaginalis peritonei, który więc w całości nie zaniknął i nie przemienił się w ligamentum vaginale.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

20 Przyp. Reclusa. Tłuszczak sznura nas., mający w obwodzie 59 ctm., ważący 1600 grm., wycięto człowiekowi 62-let. bez naruszenia jądra. Wypustkę nowotworu, która się zapuszczała do przewodu pachwinowego, wydobyto łatwo kilku pociągnięciami.

21 P. François Hüe. Tłuszczak sznura nasiennego. U człowieka 64 l., który przed 13 laty upadł okrakiem na belkę, zaczął się tworzyć w worku mosznowym po prawej stronie guz; w chwili gdy się zgłosił do operacyi, miał nowotwór 76 ctm. w obwodzie, był miejscami miękki, miejscami twardy i przedłużał się w przewód pachwinowy. Rozpoznano mięsak, bo chory był wyniszczony. Operacya, wycięcie guza, wraz z jądrem, łatwa. Ważył 11 funtów. U góry czysty tłuszczak, u dołu zwyrodniały koloidowo. (Rapport par M. Paul Reynier).

22 T. Kochera 1887. Tłuszczaki sznura nas. i osłony pochwowej (Deutsche Chirurgie).

Autor podaje, że w Zurychu w Muzeum anat. patol. istnieje okaz, przedstawiający sznur nasienny, wypełniony tkanką tłuszczową zrazikowatą, jak kiełbasa, która wchodzi w przewód pachwinowy, aż do otworu wewn. Tłuszczak oddziela się łatwo od żył, przewodu nasiennego i osłony pochwowej.

23 Gascoyen wyciął tłuszczaka moszen, mającego przeszło 5 funtów wagi (tak samo Lane) (Kocher).

24 Wilson operował owrzodziały guz tłuszczakowy sznura nasiennego, około 20 funtów ważący (Kocher).

25 Virchow przytacza, że w muzeum berlińskiem jest ogromny, bo $19\frac{1}{2}$ funtów ważący tłuszczak sznura nasiennego, wyjęty przez Wilmsa 1854 r.

Przypadek Dupluya 1891 r. Nowotwór sznura nas. lewego wielkości głowy, składający się z dwóch części: z guza mniejszego myxo sarcoma i z guza większego, lipoma, uważam

za przypadek złożony, za nowotwór mięszany, przeto nie umieszczam w szeregu.

26 Schwartz Sarazin (Paris). Mięsak jądra, a tłuszczak sznura nasiennego. Człowiek 40 l. zauważył od 2 lat powiększanie się jądra, bolesność, wyniszczenie ogólne.

Wyłuszczenie guza wielkości pięści okazuje, że oprócz mięsaka jądra był tłuszczak w sznurze nasiennym.

27 W. Anderson opisuje tłuszczaka obustronnego sznurów nasiennych, rozpoznanego jako przepuklinę sieciową (epiplocele) obustronną, którą operacyjnie usunął. Nawrót.

Niezupełnie pewne przypadki tłuszczaków sznura nasiennego, które opisali Karewski, Holmes, Broca, Duplouy, Langenbeck, Tizzoni, Mackilvain, Lavrence i t. d. odnoszą się, albo do nowotworów mięszanych, albo do guzów, rozpoznawanych jako tłuszczaki, w których jednak rozpoznania ani operacya, ani sekcya na pewno nie stwierdziła.

28 Przyp. Curlinga (drugi, p. 2) (*Mal du testicule, traduit par Gosselin*). W muzeum chirurg. kolegium w Londynie znajduje się okaz tłuszczaka sznura nasien., luźnie z naczyniami złączonego, długości 12 ctm., kształtu jajowatego, nowotwór zrazikowaty.

29 Przyp. Alberta, który w swej „Chirurgii" podaje, że widział tłuszczak wielkości pięści, zajmujący jedną połowę worka mosznowego, który sięgał przez przewód pachwinowy aż do otrzewny i tam się szeroko w tkance podsurowiczej rozprzestrzeniał.

30 Przypadek mój, opisany na wstępie.

Anatomia topograficzna i patologiczna, — patogeneza.

Aby należycie określić patogenezę i anatomię patologiczną tego cierpienia, wypada w krótkości chociaż przypomnieć sobie stosunki anatomiczne okolicy worka mosznowego, sznura nasiennego i przewodu pachwinowego.

Jeżeli operacya przepukliny przedstawia jeden z najbardziej zajmujących działów akiurgii i zawsze budzić będzie w każdym nadarzającym się przypadku nowe zajęcie, zawdzięcza to w pierwszym rzędzie zawikłanej budowie tej okolicy. „Es ist das Uralte und das ewig Neue" mówi Hyrtl w swej anatomii topograficznej. — Przypatrzmy się tedy

pokładom worka mosznowego. — Skóra brzucha przechodzi nieprzerwanie na moszna, gdzie staje się cieńszą i pofałdowaną; tkanka podskórna tłuszczowa brzucha zamienia się w wiotką tkankę podskórną, w której niema nigdy tłuszczu i w błonę kurczliwą moszen (tunica dartos), zaopatrzoną obficie mięśniami gładkimi, która odpowiada właściwie błonie powierzchnej brzucha. Idąc dalej widzimy wiotką tkankę łączną, osłaniającą sznur nasienny t. zw. *tunica Cooperi* (a właściwie Scarpae), która jest przedłużeniem powięzi mięśnia skórnego brzucha zewn. (a właściwie t. zw. *fibrae collaterales Winslowii*). Nie trzeba zapominać, że ta delikatna „tunica Cooperi“ może się zamienić u ludzi z długotrwałą przepukliną w grubą silną błonę. Idąc dalej, napotykamy już właściwy sznur nasienny (funiculus spermaticus), którego najpowierzchowniejszą warstwę stanowi mięsień dźwigający jądro (cremaster), wiązka mięśniowa mięśnia wewnętrznego skośnego brzucha, mająca za zadanie unosić lub opuszczać na dół jądro. Pod tym mięśniem dopiero leży właściwa pochwa sznura nasiennego t. j. *tunica vaginalis communis testis et funiculi spermatici* albo powięź lejkowata (fascia infundibuliformis), która jest przedłużeniem powięzi poprzecznej brzucha (fascia transversa) i osłania wszystkie części składowe sznura, te zaś są: 1. przewód nasienny (vas deferens), 2. tętnica nasienna, 3. dwa skupienia żył t. z. splot wicinowaty (plexus pampiniformis), 4. nerw spółczulny t. z. plot nasienny n. spółczulnego (plexus spermaticus sympathici), 5. resztki *processus vaginalis peritonei* (który tworzy *tunica vaginalis testis propria*, a w sznurze nasien. pozostaje ako cieniutkie więzadło, t. z. *ligamentum filiforme* Krausego, *Habenula Halleri*, *Ruinae processus vagin*). Jako dodatkowe części należy wymienić: *Art. sperm. ext. s. cremasterica*, *A. deferentialis* i analogiczne żyły *Nervus sperm. ext.* (Hyrtl-Tillaux). Właściwe składniki sznura n. połączone są z sobą wiotką tkanką łączną, wśród której zwykle znajduje się drobne zraziki tłuszczu. One to są najczęściej punktem wyjścia dla nowotworu. W miarę, jak sznur nasienny wcho-

dzi i zanurza się w przewód pachwinowy, traci coraz to głębsze swoje warstwy i części składowe; a więc w otworze zewnętrznym (apertura ext. canalis ing.) zostaje pochewka Coopera (tunica Cooperi), w m. skośny wewn. brzucha (m. obliquus abd int.) przechodzi dźwigający jądro (m. cremaster), — jako powięź poprzeczna (fascia transversa) gubi się *tunica vaginalis comm.* Tutaj, jakoby z pochwy nagle otworzonej, rozbiegają się teraz naczynia, nerwy i przewód nasienny, a wraz z niemi podąża wiotka tkanka łączna ze swemi zrazikami tłuszczu i resztkami *processus vaginalis*, i łączy się, albo właściwie przelewa w tkankę podsurowiczą obficie tłuszczem podścieloną. To otwór wewnętrzny przewodu pachwinowego i zakończenie połączenia jądra z otrzewną. Jak zaraz się przekonamy, i ten tłuszcz odgrywa często rolę materyału zarodkowego dla tłuszczaków sznura nasiennego.

Skąd wychodzą tłuszczaki sznura nasiennego?

Odpowiedź na to pytanie nie jest ani łatwą ani pewną. Virchow zalicza te guzy do t. z. *lipomata capsularia*, rozwijających się w obrębie jakiegoś narządu i nazywa je *lipoma herniosum*. Sam przyznaje, że różni autorowie pod tą nazwą rozumieją różne rzeczy, a układa je w sposób następujący:

1) Przepuklina sieciowa (epiplocele), w której może się znajdować sieć mocno otłuszczona, albo nawet prawdziwy tłuszczak sieci.

2) Przepuklina tłuszczakowa (hernia lipomatosa), gdzie około przepukliny nagromadza się i obficie obrasta ją tkanka tłuszczowa.

3) Przypadki, w których nie ma przepukliny, tylko w kierunku jej tworzy się guz (tłuszczak) i to jest *lipoma herniosum*. (Przy tej sposobności wspomina V. o ogromnym tłuszczaku, $19^1/_2$ funta ważącym operowanym przez Wilmsa). Guzy te najczęściej się tworzą w pępku, w przewodzie pachwinowym, sznurze nasiennym, rzadziej w pierścieniu biodrowym (annulus cruralis) itd.

Virchow w tym samym rozdziale o tłuszczakach mówi także o tłuszczaku moszen (lipoma scroti), wychodzą-

cym z błony kurczliwej moszen (tunica dartos) a więc z tkanki, w której prawidłowo nie ma śladu tkanki tłuszczowej; tłumaczy to tem, że jednak tkanka ta jest szczątkiem dawnej tkanki podskórnej śluzowej, zastępuje więc miejsce tkanki tłuszczowej i dlatego tworzy później wyjątkowo tłuszczaki. Powrócę jeszcze do tej sprawy, gdy będę mówił o etyologii tłuszczaków. Wspominam zaś także o tych guzach dlatego, gdyż i one, jakkolwiek bardzo rzadko, wydarzają się, mogą dać powód do pomyłek rozpoznawczych i uwzględnić je trzeba, gdyż należą do tej samej i najbliższej rodziny.

I Kocher [1]) wspomina o tłuszczakach, wychodzących z tkanki podskórnej brzucha (lipoma scroti) i te mają stać zwykle w związku z sznurem nasiennym. Dochodzą olbrzymiej wielkości, chociaż ani jednego przykładu autor nie przytacza; dopiero w rozdziale o tłuszczaku sznura nasiennego (lipoma funiculi s.) [2]) wspomina o tłuszczaku, wychodzącym z tkanki podskórnej brzucha, operowanym przez Graya, a opisanym przez Curlinga.

Kocher twierdzi, że i właściwe tłuszczaki sznura n., wychodzące z wnętrza pochewki wspólnej, mogą rozsunąć włókniste pasma pochwy, wydostać się do tkanki podskórnej i naśladować tłuszczaki podskórne; oczywiście w takim razie rozpoznanie może być trudne. Tak samo zapatruje się na tę sprawę Sarazin [3]). Z drugiej strony tłuszczaki podskórne mogą przenikać następnie aż wgłąb pochewki lejkowatej (tunica infundibuliformis) i naśladować znowuż tłuszczaki sznura nasiennego; są to jednak przypadki widocznie niezmiernie rzadkie, gdy znanym jest tylko jeden Walthera [4]), przytoczony przez Sarazina.

Już Malgaigne [5]), w swej rozprawie „De hernies graisseuses“ najwyraźniej mówi o tłuszczakach sznura n., pomimo, że ich nie mieni tą nazwą. Nalicza on trzy rodzaje tych tłuszczakowych przepuklin: jedne leżą w sznurze nasiennym i sięgają aż do otrzewny, do tkanki podsurowiczej, która zdaje się być ich punktem wyjścia; prawdopodobniej-

---

[1]) Kocher: Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgan. Kap. XI.

[2]) Kocher. l. c. Kap. XXXVII.

[3]) Sarazin. Contribution a l'etude des lipomes du cordon spermatique. These de Paris 1895. strona 29.

[4]) Walter. Soc. anat. Octobre 1890. p. 430. (p. Sarazin).

[5]) Sarazin l. c.

szem jest jednak, że rozwinęły się z tłuszczu złożonego w samym sznurze: „Peut-être eût-il fallu les decrire comme des tumeurs graisseuses, développées dans le cordon. Elles forment comme elles une masse unique et distincte; enfin elles ne sont jamais accompagnées d'un prolongement du peritoine“. Drugie rozwinęły się napewno w brzuchu i wystąpiły odrazu jako przepukliny tłuszczakowe. Trzecie rozwinęły się w mosznach, około starego worka przepuklinowego.

Brossard[1]) rozróżnia dwa rodzaje tłuszczaków: te, które wychodzą z tkanki tłuszczowej podsurowiczej i te, które się rozwijają ze zrazików tłuszczu sznura nasiennego. W przypadku przez niego opisanym przesuwa się najwyraźniej przed naszemi oczami historya powstania i rozwoju nowotworu. Z początkiem roku 1876 zauważył chory przypadkiem, że około jego lewego jądra utworzył się guz, wielkości orzecha laskowego; zwolna guzek doszedł wielkości jaja, a równocześnie obok niego zaczęły się zjawiać nowe guzki; kiedy zaś roku 1882 zgłosił się chory do operacyi, guz był już wielkości głowy ludzkiej i wypełniał nietylko worek misznowy, ale nawet sięgał głęboko w rozszerzony przewód pachwinowy[2])

Bardzo podobnie zapatruje się na tę sprawę Monod i Terillon[3]); oni jednak uznają tylko jeden punkt wyjścia dla czystych tłuszczaków sznura n., mianowicie zraziki tłuszczowe sznura.

M. Reynier[4]) natomiast jest zupełnie przeciwnego zdania. Według niego bowiem zwykłym punktem wyjścia tych guzów jest tłuszcz podotrzewnowy; „et non pas comme le croient MM. Monod et Terrillon, uniquement les quelques amas de graisse, disséminés dans le cordon“. Reynier przyjmuje początek w samym sznurze tylko dla guzów, które nie wchodzą w przewód pachwinowy. Oczywiście niesłusznie, jak nas poucza choćby taki przykład, jak Brossarda

---

[1]) Brossard. Bull. Soc. anat. Paris 1882. p. 432.

[2]) To też mówi autor: »Ces tumeurs prennent naissance le plus souvent dans le tissu cellulaire de la partie terminale du cordon sp. sous la forme de petites boules molles allongées, bien distinctes du testicule et de l'epididyme«.

[3]) Monod et Terillon. Maladies du testicule et de ses annexes I. Edition. p. 732.

[4]) Reynier (p. Francois Hue). Bull. Soc. chir. 1893.

i Rossandra (Sarazin). Przypadek opisany przez Kocha[1]) również mówi wyraźnie, że nowotwór wyszedł ze sznura, a jednak potem rozwinął się także w przewodzie pachwinowym, jako osobny guzek, łudząco naśladujący przepuklinę.

Wprost odwrotnie, a więc zgodnie ze zdaniem Reyniera, ma się rzecz w przypadku Watsona, Grossa, Curlinga i innych, gdzie guz napewno wyszedł z tkanki podotrzewnowej i opuścił się dopiero następnie do worka mosznowego: „a suivi une marche nettement descendente“.

Według Kochera już w stanie prawidłowym znachodzą się w sznurze nasiennym zraziki tłuszczu, które mają znaczenie tłuszczu podsurowiczego i są punktem wyjścia dla tłuszczaków.

Aby sobie wyrobić o tem własne zdanie, badałem te stosunki na kilkudziesięciu (około 50) trupach i doszedłem do wyników następujących:

W każdym bez wyjątku sznurze nasiennym (nawet u osobników ogromnie wychudzonych), znajdują się pośród wiotkiej tkanki okołonaczyniowej, około *processus vaginalis peritonei*, wolnem okiem spostrzegalne zraziki tłuszczu, które zwykle stoją w nieprzerwanym związku z tkanką tłuszczową podotrzewnową i ciągną się cienkiemi smugami wzdłuż przewodu pachwinowego i sznura nasiennego aż do przyjądrza.

W kilku przypadkach, mianowicie u ludzi otyłych, napotkałem tłuszcz w nieco większej ilości. Raz spostrzegłem nawet spory wałeczek tłuszczu, przechodzący jako grubsze pasmo przez przewód pachwinowy, który okazywał miejscami paciorkowate zgrubienia, wielkości pestki od wiśni.

Może to był zwykły przerost tkanki tłuszczowej, odpowiadający ogólnej otyłości; a możebne i to, że mieliśmy do czynienia z początkiem tłuszczaka, któremu śmierć osobnika nie pozwoliła się rozwinąć do poważniejszych rozmiarów.

Wszystkie wytwory tłuszczakowe worka mosznowego, w najogólniejszem tego słowa znaczeniu, możemy podzielić,

---

[1]) Koch. Deut. Zeitschrift f. Chir. 1890. B. XXXI.

idąc za Ledderhosem [1]), analogicznie do jego podziału, na sześć rodzajów:

1) Przepukliny sieciowe (Netzhernien), zawierające w worku przepuklinowym pachwinowym wolną lub przyrośniętą część sieci, która niekiedy może się przeobrazić w wielki guz tłuszczakowy (Fig. 1). (Celem objaśnienia i dla porównania, dołączam sześć szematycznych rysunków, 5 podług Ledderhosego, ostatni podług Kocha).

2) Właściwe przepukliny tłuszczowe albo tłuszczakowe (Eigentliche Fetthernien), któreby można nazwać przepuklinami śródtłuszczakowemi, a które przedstawiają się nam w taki sposób, jakoby około pierwotnie powstałego przepuklinowego worka przyszło do większego lub mniejszego rozrostu tkanki tłuszczowej podsurowiczej. Sprawa ta dawno znana, dokładnie została opracowaną przez Cloqueta [2]), Wernhera [3]), Szokalskiego [4]), Armaudala etc. (Fig. 2).

3) T. zw. Guzy tłuszczowe do przepukliny podobne (Bruchähnliche Fettgeschwülste-Wernher) usadawiają się w miejscu przepukliny pachwinowej; jednak obecność worka przepuklinowego nie jest do ich określenia konieczną; jeżeli zaś jest worek przepuklinowy, to powstał on dopiero następowo, przez wyciąganie otrzewnej w kształcie lejka za wysuwającym się pod wpływem ciężaru lub rozrostu tłuszczakiem. (Fig. 3).

Jak widzimy jest to coś przejściowego, albo początek przepukliny tłuszczowej właściwej, tak jak ją przed wiekiem prawie rozumiał Cloquet, albo po prostu zwykły tłuszczak przewodu pachwinowego i sznura nasiennego.

4) Tłuszczaki podsurowicze, a jednak leżące wewnątrz worka przepuklinowego (Präperitoneal entwickelte Lipome innerhalb eines primären Bruchsackes), które autorowie (Fleury, Szokalski) tłumaczą sobie w taki sposób, że tłuszczak, wyrastający w sąsiedztwie przepukliny z podotrzewnowego tłuszczu, wpukla się niejako w worek przepuklinowy, który go powoli obejmuje i osłania. (Fig. 4)

---

[1]) Ledderhose. Die chirurgischen Erkrankungen der Bauchdecken etc. Deutsche Chir. 1890· strona 42 itd.

[2]) l. c.

[3]) Wernher. Virchovs Archiv 1869. XLVII. 178. 472,

[4]) Szokalski. O kiłach tłuszczowych i nagromadzeniach tłuszczu naśladujących kiły. Pam. Tow. lek. warsz. 1857. XXXVIII. str. 125.

W razie odsznurowania się tego worka przepuklinowego może powstać rodzaj torebki surowiczej, zupełnie zamkniętej w sobie, która częściowo osłania tłuszczak sznura nasiennego, jak to widzimy w przypadku Kocha (Fig. 6); chociaż autor inaczej sobie istnienie worka tego w swoim przypadku tłumaczy (p. 19. przyp.).

Dodatkowo powinniśmy w tem miejscu dodać jeszcze 5 rodzaj: Tłuszczaki podskórne worka mosznowego, o których już dość wyczerpujące zdaliśmy sprawozdanie, roztrząsając zapatrywania Virchowa i Kochera.

5) Właściwe tłuszczaki sznura nasiennego. (Fig. 5).

Łatwo pojąć, że rozpoznanie tych guzów wśród samej operacyi, a nawet na stole sekcyjnym, może czasem sprawiać niemałe trudności; cóż dopiero powiedzieć o rozpoznaniu klinicznem. Z drugiej strony nie ulega wątpliwości, że wszystkie te pojedyńcze rodzaje mogą się z sobą mięszać, nawet zamieniać jedne w drugie, a więc być powodem częstych i wielkich rozpoznawczych pomyłek.

Nie idzie zatem, aby teoretyczny podział nie miał wybitnej naukowej wartości i praktycznych nie przedstawiał korzyści.

Co się zaś tyczy tłuszczaków sznura nasiennego w ścisłem tego słowa znaczeniu, dzielimy je, na podstawie ich patogenezy, na dwie gromady:

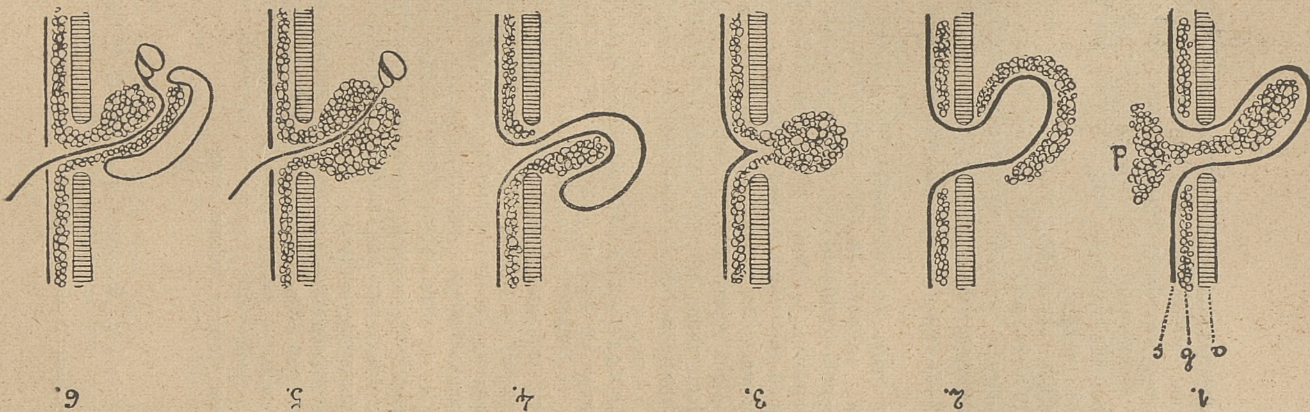
a) Pierwotne tłuszczaki sznura n., t. j. takie, które wyszły z jednego lub więcej gniazd miejscowej tkanki tłuszczowej, rozłożonej między zewnętrznym otworem przewodu pachwinowego a jądrem.

Guzy te, w miarę swego wzrostu, mogą:

1) ograniczyć się do samego sznura nasiennego, nie przekraczając jego granic ani ku górze ani ku dołowi; albo mogą, szczególniej gdy dosięgną znacznych rozmiarów,

2) przedrzeć otaczającą je pochwę (tunica vaginalis comm.), rozszerzyć się aż pod skórę, jako tłuszczak moszen (Gray)[1]) otoczyć jądro i przyjądrze, »a nawet przerosnąć przez błonę surowiczą jądra (tunica vaginalis testis propria) i stać się wewnątrzpochwowymi (intravaginales)«. (Kocher). Nakoniec mogą

[1]) Sarazin l. c., Kocher l. c., Curling cytujący przypad. Graya.



Objaśnienie do rycin: a) powłoki brzuszne. b) tkanka podsurowicza tłuszczowa. c) otrzewna. d) sieć.

3) wkroczyć do przewodu pachwinowego i albo w nim się zakończyć, albo przejść aż do otrzewnej i tam się niejako rozlać w tkankę podsurowiczą.

b) Tłuszczaki następowe sznura n., a więc takie, które biorą początek w sąsiedztwie sznura n., a później dopiero, rosnąc, zajmują jego miejsce. Te znowuż mogą wyjść:

1) z tkanki podskórnej brzucha i worka mosznowego (Walther)[1];

2) z zewnątrz pochewki wspólnej i m. dźwigacza jądra (cremaster), co jednak ma być rzeczą bardzo rzadką, a nawet niepewną. (Park, Monod i Terillon)[2].

3) Nakoniec z tkanki tłuszczowej podsurowiczej, czyli podotrzewnowej, skąd zsuwają się wzdłuż przewodu pachwinowego i zajmują sznur nasienny. Ten ostatni rodzaj nie jest właściwie tłuszczakiem sznura, ale przepukliną tłuszczową, albo tłuszczakiem do przepukliny podobnym, (Eigentlicher Fettbruch oder bruchähnliche Fettgeschwulst).

Wszystkie tłuszczaki, przedłużające się w przewód pachwinowy, utrudniają rozpoznanie, łatwo mogą być pomięszane z rozmaitemi przepuklinami i już nieraz lata całe były leczone jako takie. (Curling itd.)

Budowa, kształt i wielkość.

Tłuszczaki sznura nasiennego przedstawiają się nam, jako guzy złożone z tkanki tłuszczowej, z prawdziwej „tela adiposa“ podobnie jak zwykłe tłuszczaki podskórne, czyli „lipomata tuberosa“ (Virchow). Tłuszczak sznura nasiennego wychodzi z tkanki tłuszczowej pierwotnej (preegzystującej), i dopóki jest małym, może być wyrazem tylko zwykłego przerostu (hipertrofii) miejscowych komórek tłuszczowych, a nie bujania (hiperplazyi), tak jakoby tylko w każdej dawnej komórce przybyło tłuszczu. (Excrescentia membranae

---

[1]) Walther. cyt. przez Sarazina l. c.

[2]) Sarazin l. c. tak mówi: »mais en tenant compte des observations prises d'une facon rigoureuse, il nous est impossible d'admetre une semblable pathogénie. Loui de nous cependant l'idée de la nier«.

adiposae — Morgagni) [1]). Podobnie jak się ma włókniak do słoniowacizny, ma się tłuszczak do otyłości (polysarcyi).

Tłuszczak zawiera tłuszcz więcej płynny, przeto jest tak miękkim i tak wyraźnie okazuje chełbotanie, oczywiście jeżeli mało zawiera tkanki łącznej. Często jednak tkanka łączna, która zazwyczaj w małej ilości otacza pojedyńcze komórki, jakoteż ich gromady, wytwarza się w ilości znacznej, a wówczas tłuszczak staje się twardszym; gdy zaś tkanki łącznej jest bardzo wiele, nazywamy guz taki tłuszczakowłókniakiem. (Lipoma fibrosum — Tumeur adipo-fibreuse). W sznurze nasiennym pojawiają się te nowotwory o różnej twardości, jakkolwiek przeważnie widzimy miękkie. To też najczęściej łudzą te guzy swoją sprężystością i chełbotaniem, naśladując torbiele worka mosznowego (hydrocele, haematocele scroti) tem łatwiej, że otaczająca je osłona jest zwykle błoną zgrubiałą, silną i twardą. Tłuszcz, wypełniający ten ściśle zamknięty pęcherz błoniasty, daje uczucie chełbotania tak doskonałego, że naprawdę trudno się pogodzić z nazwą „pseudofluktuacya", która się tu niczem nie różni od istotnego chełbotania. Wogóle zdaje mi się, że ten wyraz „pseudofluktuacya" jest nieco nadużywanym, tak jak gdybyśmy chcieli np. rozróżniać chełbotanie torbiela wypełnionego wodą, krwią, albo oliwą.

Wśród tkanki łącznej, otaczającej mniejsze i większe zraziki, ciągną się czasami dość obfite smugi naczyń, które wchodzą zwykle w kilku miejscach w nowotwór, nie tworząc wnęki (hilus) i rozprzestrzeniają się jako sieć wśród

---

[1]) Wcale inaczej ma się rzecz z tłuszczakiem moszen. Tutaj, jak już zwracałem uwagę, pierwotna tkanka podskórna (tunica dartos) nie zawiera zupełnie tłuszczu, tłuszczak zatem jest wyjątkowo heteroplastycznym. Jest to heterologia jednak niejako fizyologiczna. »Allein die crassen Humoralpathologen sind damit nicht zufrieden gewesen, sie haben für alle Lipomen einen dyskrasischen Ursprung angenommen und geradezu von einer lipomatösen Dyskrasie gesprochen« (Virchow).

guza. Często za niemi wchodzą w głąb wypustki osłony błoniastej nowotworu[1]).

K s z t a ł t i w i e l k o ś ć tłuszczaka sznura nasiennego bywa rozmaitą, zależnie od tego, w którym okresie rozwoju go widzimy; guzki bywają małe, wielkości orzecha laskowego, albo wałeczka grubości ołówka i olbrzymie guzy, dosięgające wielkości głowy ludzkiej i jeszcze większe. Kształt i wielkość porównywane bywają do orzecha, jabłka, gruszki, jaja strusiego, głowy dziecka i człowieka dorosłego, melona itp. Niekiedy te nowotwory dochodzą olbrzymich rozmiarów. W przypadku Gascoyena ważył guz przeszło 5 funtów, mój blizko 5, Brossarda 9 funtów, Huego 11 funtów, Virchowa $19^1/_2$ (Wilmsa), Wilsona 20 funtów. Czasem składa się on z kilku guzów różnej wielkości i kształtu, które są wyrazem powstania nowotworu z kilku ognisk.

Czasem utkanie guza nie jest jednostajne, tak jak w naszym przypadku, gdzie środek był mocno włóknisty i twardy, warstwy odśrodkowe, czysto z tkanki tłuszczowej złożone, bardzo miękkie, prawie się rozpływające. W przypadku C u r l i n g a na wierzchołku guza był torbiel, a na dole ropień, w przypadku H u e g o guz był w części górnej czystym tłuszczakiem, u dołu był zwyrodniały klejowato (koloidowo); w przypadku S c h w a r t z a-S a r a z i n a obok tłuszczaka sznura n. znaleziono mięsak jądra; nakoniec D u p l u y opisuje nowotwór sznura n., złożony z śluzomięsaka i tłuszczaka. Tu wchodzimy już w sferę nowotworów mięszanych, których ja w niniejszej pracy nie miałem zamiaru opisywać i z tego powodu przypadku Dupluya nie umieściłem w szeregu pewnych i czystych okazów tłuszczaka sznura nasiennego. Nowotwory mięszane nie są tu osobliwością.

C o d o p r z e m i a n y t ł u s z c z a k a w n o w o t w ó r z ł o ś l i w y (za czem przemawiają przedewszystkiem nawroty

[1]) »En resumé, trois elements prennent part à la constitution du lipome, la cellule adipeuse, le faisceau conjonctif et l'elément vasculaire«. (Q u e n u).

guza po operacyi, opisywane przez Curlinga, Langenbecka itd.), sprawa jest nierozstrzygnięta. „Sans nier la possibilité de cette métamorphose, Broca conclut qu'il n'en existe pas de faits convaincant dans la science" (Reclus).

Stosunek nowotworu do otoczenia jest bardzo rozmaity, zależnie w pierwszym rzędzie od jego wielkości.

Co prawda, to skóra zawsze jest wolną, zawsze swobodnie nad guzem przesuwalną, co jest nawet dość ważnym czynnikiem rozpoznawczym.

Małe guzki, bez względu na to, czy wyszły z tłuszczu podotrzewnowego, czy z samego sznura, nie łączą się ściśle z otoczeniem i bardzo łatwo dają się z tkanki podścieliskowej oddzielić. Inaczej ma się rzecz z tłuszczakami wielkimi. Te ogromne guzy, które często rozsadzają pochwę sznura i wydobywają się na zewnątrz, albo wciskają się do *tunica vaginalis testis propria*, obrastają czasami przewód nasienny i naczynia, a nawet całe jądro z przyjądrzem w taki sposób, że te części niejako gubią się w ciele nowotworu. Położenie jądra ze względu na guz bywa rozmaite; w przypadku naszym leżało jądro po stronie wewnętrznej, tylnej i dolnej guza, podobnie u Curlinga; w przypadku Brossarda jądro było nieco zmniejszone, mieściło się po stronie wewnętrznej tłuszczaka, u Hutchinsona od tyłu, a u Kocha u dolnego bieguna guza, podobnie jak to ma miejsce przy torbielu przyjądrza (spermatocele). O ile nie chodzi o przypadki wyjątkowe, gdzie w nowotworze odgrywały się jakieś sprawy zapalne, jądro stale daje się z łatwością od guza oddzielić.

Inaczej zachowują się naczynia krwionośne, jakoteż przewód nasienny. Częstokroć nowotwór rozwija się w ich sąsiedztwie, nie wchodząc z niemi w związek ściślejszy; czasami jednak obrasta je i otacza tak dokładnie, że o oddzielaniu i wypreparowaniu mowy być nie może. Naczynia i przewód nasienny przechodzą po prostu przez środek guza. Niekiedy przewód nasienny, niezależnie od guza biegnący, zanurza się w masę tłuszczaka dopiero w przewodzie pachwinowym, a tkanka tłuszczowa towarzyszy mu aż do jego

ujścia. „Mais un peu au-dessous de l'anneau externe, le canal déférent s'engage au milieu du tissu adipeux et le lipome, au sortir de l'anneau interne, continue son chemin vers le bassin et se prolonge, par une extrémité effilée, autour du canal spermatique, qu'il accompagne jusqu'à l'origine des vaisseaux déférentiels". (Broca).

Sam przewód pachwinowy bywa często rozszerzony — i wypełniony wypustką albo szypułą nowotworu, co ma ważne znaczenie, ze względu na przepukliny, jakie powstać mogą po operacyi.

Co do stosunku nowotworu do otrzewny, poświęciłem mu, mówiąc o patogenezie tłuszczaka sznura nasiennego, wyczerpujące uwagi; przechodzę zatem do części dalszej.

Etyologia — częstość.

„L'étiologie de lipomes du cordon est fort vague" mówi Sarazin, no i dziwić mu się można, że nie mówi inaczej.

Przyczyny nowotworów są równie niejasne tak dzisiaj, jak i dawniej, a o tłuszczaku to tylko powiedzieć można, że nie ma żadnego z nowotworów łagodnych, o którego przyczynach tyleby napisano, co o nim właśnie.

Nie tu oczywiście miejsce i czas na to, aby się zastanawiać nad temi różnorodnemi przypuszczeniami i teoryami, niekiedy bardzo zajmującemi, choćbym przytoczył tylko piękną pracę Groscha, która skłoniła mnie do zebrania całego materyału klinicznego z ostatnich lat 10, aby, jeżeli już nie więcej, to przynajmniej pokazać stosunek ilościowy tłuszczaków różnych okolic ciała, a przedewszystkiem sznura nasiennego.

Materyał kliniczny, zebrany z lat 10, leczony przeważnie ambulatoryjnie w klinice krakowskiej, przedstawia się następująco:

Ilość tłuszczaków 49.	Mężczyzn	22
	kobiet	27
	Razem	49

Co do wieku chorych, widzieliśmy tłuszczaka:

w 75 roku	1
między 60 a 70 r.	3
„ 50—60 r.	6

„	40—50 r.	20
„	30—40 r.	9
„	20—30 r.	6
„	10—20 r.	1
niżej 10 lat (2 i 3 r.)		3
	Razem	49 p.

Co do umiejscowienia, to podobnie jak to ogólnie zauważono, ulubionem miejscem tłuszczaków był:

	grzbiet	11
potem:	bark i ramię	9
	kark	6
	pierś i pacha	6
	pośladek i udo	6
	szyja	3
	brzuch	2
	czoło	2
	przedramię	2
	język	1
	sznur nasienny	1
	Razem	49

Co do etyologii, to kilkakrotnie podano uraz, jako przyczynę, dwukrotnie zauważono tłuszczaki symetryczne.

Przeświecanie tłuszczaka stwierdzono trzykrotnie.

Otóż na 49 tłuszczaków, które zapisano w księgach ambulatoryjnych krakowskiej kliniki chirurgicznej, był tylko jeden przypadek tłuszczaka sznura nasiennego. Odsetek to bezwarunkowo za wielki, gdy weźmiemy pod uwagę statystyki wielkie, w których to umiejscowienie wydarza się zaledwie raz na tysiąc, gdy nakoniec zastanowimy się, jak stosunkowo niewiele ogłoszono dotąd przypadków tłuszczaka sznura nasiennego. W każdym razie i w naszej statystyce zajmuje on miejsce, co do częstości, ostatnie.

Wogóle przyjąć trzeba, że każdy tłuszczak musi mieć jakąś miejscową przyczynę (podrażnienie — irritamentum), która może być tem mniejszą, im skłonność ogólna jest większą. Usposobienie to może być albo wrodzone (dziedziczne, podobnie jak przy otyłości), albo nabyte skutkiem skazy krwi (obfitego, tłustego pożywienia, wyskoku itp.). W każdym razie musi się zjawić jakiś bodziec drażniący, który nietylko pobudza komórki tłuszczowe do rozmnażania się, ale dodaje

im energii do stałego zatrzymywania tłuszczu. Dlatego możnaby raczej cały ustrój tłuszczu pozbawić (np. przez głodzenie) niż tłuszczaka do zaniku doprowadzić (Virchow). Uraz może być taką przyczyną powstania tłuszczaka (Cruveilhier). Znamy tak zwane „Berufslipome", wiemy, że alkoholizm, dostatnie życie, dziedziczność, wiek, płeć żeńska usposabiają do tworzenia się tego nowotworu, nakoniec przypuszczamy napewno, szczególnie przy tłuszczakach symetrycznych lub wielokrotnych, wpływy nerwowe, czyli neurotroficzne.

Grosch mówi, że tłuszczaki powstają najchętniej w tych okolicach ciała, gdzie jest mniej gruczołów łojowych a tkanka podskórna jest wiotka.

Wśród zebranych przezemnie tłuszczaków sznura n., tylko jeden przypadek Huego miał napewno powstać po ciężkim urazie (upadek okrakiem na belkę). Ponieważ kobiety w tym zakresie nie robią konkurencyi, a o dziedziczności nikt nie wspomina, podaję tylko pewne dane statystyczne: nowotwory te przydarzają się najczęściej między 40 a 60 rokiem życia, w młodszym wieku bardzo rzadko, w dzieciństwie nie zachodzą. Stosunkowo do tłuszczaków innych okolic, zdarzają się bardzo rzadko; w stósunku jednak do innych guzów sznura n. mają być jeszcze najczęstszymi.

W jednym tylko przypadku Verneuila (Broca), istniały obok tłuszczaka sznura nasiennego, tłuszczaki na szyi i grzbiecie. Między 30 przytoczonymi przypadkami 8 jest czysto anatomicznych, 22 klinicznych:

Przypadki spostrzegane przy sekcyi lub zachowane w zbiorach, są:

1 Przypadek Cloqueta (protokół sekcyjny).

2 Przypadek Kochera (muzeum Zurich).

3 Przypadek Curlinga (muzeum chir. Londyn).

4 Przypadek Delbeta (protokół sekcyjny).

5 Przypadek Virchowa (muzeum Berlin).

6, 7 i 8 Przypadki Broca (protokóły sekcyjne).

Przypadki kliniczne dotyczą wszystkie bez

wyjątku ludzi, którym drogą operacyjną wyłuszczono nowotwory.

Przypadków, w których rozpoznano tłuszczaka sznura n., ale rozpoznania nie stwierdzono operacyą lub sekcyą, nie uważałem za pewne i dlatego nie uwzględniłem w niniejszej pracy.

Między 30 ogłoszonymi przypadkami, 26 razy wystąpił nowotwór jednostronnie, 4 razy obustronnie.

Po której stronie częściej zjawia się tłuszczak w worku mosznowym, trudno rozstrzygnąć, bo tylko w 10 przypadkach położenie to oznaczono. Z tych 10, 5 razy leżał po prawej a 5 po lewej stronie, coby się nie zgadzało z twierdzeniem Hutchinsona, który uważał stronę lewą za uprzywilejowaną przez nowotwory, a tłomaczył to, podobnie jak żylaki powrózka nasiennego [1]).

Objawy i przebieg.

Tłuszczak sznura nasiennego występuje zwykle niepostrzeżenie. Najczęściej przypadkowo chory spostrzega, że mu się jakiś guzek utworzył w worku mosznowym. Guzek ten nie sprawia zrazu choremu żadnej przykrości, zwolna jednak powiększa się, i w miarę tego, zaczyna mu zawadzać; gdy w końcu po krótszym lub dłuższym czasie, dosięgnie znaczniejszych rozmiarów, sprowadza cały szereg różnorodnych dolegliwości.

Czas, w którym się ta sprawa rozwija jest bardzo rozmaitym. Niekiedy w czasie stosunkowo krótkim (według Kocha i Sarazina 2 lata) dochodzi guz do poważnych roz-

---

[1]) Choć w zestawieniu Sarazina jest 7 po lewej a 5 po prawej stronie, mimo to mówi S.. »L'opinion de Hutchinson n'est donc point prouvée. D'ailleurs ce fait n'a aucune importance«.

miarów; niekiedy zaś dopiero po upływie lat kilkunastu. Zazwyczaj jednak wzrost jego jest bardzo powolny; a nadzwyczaj szybkie powiększanie się nowotworu winno obudzać podejrzenie, że w danym przypadku ma się do czynienia z nowotworem złośliwym albo mieszanym. Olbrzymie guzy, jakie niektórzy autorowie opisują, stale potrzebowały długiego czasu do swego rozwoju. Największy tłuszczak sznura n., który w najkrótszym rozrósł się czasie opisał Koch; guz ten rozwinął się w ciągu 2 lat tak, że sięgał po kolana, ważył jednak tylko 5 funtów. Tłuszczak naszego chorego doszedł także w 2 latach, prawie do tej samej wagi, ale do kolan nie sięgał. Tak szybki jednak rozrost guza należy do rzadkości. Ogromny guz Brossarda doszedł do swych 9 fuutów wagi po latach sześciu; 11 funtów ważący nowotwór Huego rósł stale lat 13. Ile czasu potrzebowały olbrzymy po 20 funtów ważące (Wilsona i Wilmsa), zanim dosięgły tak wyjątkowej wagi, milczą kroniki.

W każdym razie guzy poważniejszych rozmiarów sprawiają chorym cierpienia, nie tyle może ciężkie, ile przykre, a ustawicznie się powiększające. Pomijając już poczucie kalectwa i zeszpecenie, wprowadzające w kłopot przyzwoitego człowieka, utrudniają one bardzo chód, a częstokroć zawadzają nawet przy leżeniu (Koch). W przypadku Huego musiał chory nosić guz swój w worku zawieszonym na karku, a gdy usiadł opierał go na ziemi, by wraz z nim nie zsunął się na dół. Curling podaje, że ilekroć jego chory stanął prosto, natychmiast guz mu się powiększał i robił wrażenie czegoś ciężkiego i dolegliwego. Przypady te ustępowały, gdy chory usiadł, lub lepiej jeszcze, gdy się położył.

Fakt ten tłumaczy się utrudnieniem odpływu krwi z rozszerzonych żył nasiennych, tem łatwiej, że nagromadzenie kału w jelicie esowatem zwykle objawy te pogarszało. Porównanie z żylakiem powrózka nasiennego (varicocele) samo się narzuca. Przykrym bardzo przypadem, towarzyszącym wielkim guzom mosznowym, jest to, że prącie odrzu-

cone na bok, prawie zupełnie, wśród potężnego ciała nowotworu, kryje się, przez co spółkowanie staje się często niemożebnem: „la verge est avalée par cette distension des bourses; le coït est devenu impossible“ (B r o c a).

Zdarza się niekiedy (n. p. w przyp. S c h w a r t z a i S a r a z i n a), że nowotworowi towarzyszą znaczne bóle, jużto stałe, już napadowo występujące; wyjątkowo mogą się nawet zjawić przypady podobne do uwięzgniętej przepukliny, co może być znowuż czynnikiem bardzo wikłającym rozpoznanie.

Przy badaniu widzimy worek mosznowy, stósownie do wielkości guza, powiększony; skóra na nim napięta, częstokroć pokryta siecią rozszerzonych żył. Obmacywanie, a nawet dość silne ugniatanie, nie sprawia bólu. Skóra się po nad nowotworem przesuwa swobodnie. Powierzchnia guza czasami nierówna, pagórkowata, zwykle bywa gładką z powodu napięcia zgrubiałej torebki, otaczającej masy miękkiego tłuszczu. Toż samo jest powodem chełbotania niekiedy niesłychanie wyraźnego, niczem nie różniącego się od chełbotania istotnego płynu. Czasami, podobnie jak w naszym przypadku, przy dokładnem i silnem obmacywaniu, wyczuć można w głębi opór, odpowiadający twardemu jądru guza.

Powikłanie nowotworu wodniakiem lub ropniem, albo obydwoma naraz (przyp. B r o s s a r d a), może być powodem jeszcze innych szczególnych objawów.

Tłuszczak sznura n. jest nieprzeźroczystym, i różni się tem od wodniaka sznura n.; nie da się jednak zaprzeczyć, że podobnie, jak tłuszczaki podskórne, może być wyjątkowo przeświecającym.

W żadnym z opisów tego cierpienia, nie przytoczono tego objawu; w przypadku zaś B r o s s a r d a, przeświecał guz w swym dolnym odcinku, z powodu wodniaka, jaki się tam dodatkowo znajdował.

Stosunek nowotworu do przewodu nasiennego i jądra, określiliśmy w uwagach anatomo-patologicznych. Jądro leży zwykle na dole i po stronie wewnętrznej tylnej guza, cza-

sem bywa w zupełności masami nowotworowemi otoczone, mimo to możemy zawsze go wymacać, a przynajmniej wykazać jego położenie, przez właściwy ból przy ucisku.

Wypukiem stwierdzamy wszędzie po nad guzem bezwzględne stłumienie. Niekiedy, w okresach początkowych, dadzą się nieduże tłuszczaki, wychodzące z tkanki podotrzewnowej, odprowadzać na podobieństwo wolnej przepukliny. Gruczoły pachwinowe, oczywiście nigdy nie są zajęte, t. j. ani obrzmiałe, ani bolesne, mimo, że z wielu sprawozdań wynika, że specyalnie za nimi poszukiwano.

Objawów ogólnych nie ma żadnych, chorzy wyglądają zazwyczaj wybornie; w jednym przyp. Huego zjawiło się w ostatnich latach jakieś charłactwo, które skierowało rozpoznanie w sferę nowotworów złośliwych; po operacyi stan ogólny się poprawił.

Rozpoznanie.

Rozpoznanie tłuszczaka sznura n. jest częstokroć bardzo trudne, niekiedy niemożebne. Znakomici chirurgowie byli już nieraz w kłopocie, z czem właściwie mają do czynienia? zdarzało się, że robili rozpoznanie wręcz błędne. I tak: w przypadku Curlinga, badało równocześnie, lub osobno, w biegu lat całych, wielu wybitnych chirurgów (jak Hab, Thompson, Lavrence, Brodie, Harding, Edwards) i albo rozpoznawali przepuklinę, albo nie umieli absolutnie oznaczyć przyrody guza.

Gross wahał się z rozpoznaniem między przepukliną sieciową, mięsakiem torbielowatym, a teratoma; Reclus myślał, że ma przed sobą tłuszczaka śluzakowatego jądra; Hue spodziewał się znaleźć mięsaka; Anderson naprzód domyślał się przepukliny, a potem przepukliny sieciowej; Schwartz przypuszczał kilaka jądra.

Karewski, którego sprawozdania nie przytaczam, gdyż ostateczne rozpoznanie w jego przypadku brzmiało: tłuszczak włókniako-mięsakowy, rozpoznawał napewno, wobec młodego wieku pacyenta, i równoczesnej obecności zajęczej wargi, *teratoma testiculi.* A ileż to razy autorowie, żadnego rozpoznania nie robili? Przyznać trzeba, że objawy tłuszczaka sznura n., zbiegają się prawie w zupełności z objawami nowotworów sznura w ogólności; gdy jednak mamy pewność, że idzie o guz stały, wyróżnienie tłuszczaka będzie łatwiejszem w tem ściślejszem kole, niżeli rozpoznanie wogóle. Bo też istotnie, szczególniej przy pierwszem powierzchownem badaniu, nasuwa się przypuszczenie, że to torbiel sznura n., a nie tłuszczak; przyczyną zaś tego (jak n. p. w naszym przyp.) jest chełbotanie, tak wybitne, że niczem go od chełbotania płynu odróżnić niepodobna. Pomięszanie jest tem łatwiejsze, jeżeli (jak to widzimy w przyp. Brossarda) tłuszczak jest powikłany z wodniakiem osłony pochwowej; wtedy bowiem jest i przeświecanie i nakłócie próbne daje wynik dodatni. Mógłby też kiedyś i tłuszczak nieduży przeświecać (jak wspomniałem, widzieliśmy trzykrotnie wśród naszych tłuszczaków przeświecanie), podobnie jak wodniak, a z drugiej znów strony krwistek wcale nie prześwieca. Pozostaje przeto do rozstrzygnięcia nakłócie porządnie i dokładnie wykonane (byleby po niem, jak w przyp. Brossarda, nie utworzył się w dodatku ropień w nowotworze), oraz silne głębokie macanie, które podobnie jak w naszym przypadku, wykaże wobec oporu w głębi, że z guzem stałym ma się do czynienia.

Sarazin w swojej rozprawie, mocno po szkolnemu traktowanej, chyba bardzo przesadza, kiedy pisze: (l. c. str. 39) „Une ponction ne renseigne pas toujours, surtout lorsqu'on tombe sur une cloison; mais il ne faut pas oublier, que la ponction est un moyen quelquefois dangereux, qu'il faut manier, avec la plus grande prudence“.

Nakłócie pozwoli również odróżnić inne twory torbielowate, tym lub owym płynem wypełnione, nad którymi bli-

żej zastanawiać się nie będę (Hydrocele i Hematocele vaginalis, Kystoma scroti, Kystoma epididymis s. Spermatocele, Kystoma testis, Hydrocele congenita s. communicans, Hydrocele diffusa et Haematocele diffusa s. extravaginalis, Chylocele s. Liporocele etc.). Zdaje mi się, że gruźlica jądra nie mogłaby być pomięszaną z tłuszczakiem, aczkolwiek Brossard porównanie tu dość ściśle przeprowadza.

Brossard (l. c.) „L'integrité du testicule resté distinct de la tumeur, permettra d'éliminer la tuberculisation des organes genitaux, qui est génèralement bilaterale".

Dziwna rzecz, że stosunkowo tak często mieszano tłuszczaka z przepukliną. Wobec powiększania się guza przy wstawaniu, przy parciu na stolec itp., nasuwa się łatwo przypuszczenie żylaka powrózka nasiennego, ale te żylaki odznaczają się swoja miękkością, ustępują i zapadają się przy ucisku.

Zato, wobec cofania się guza w głąb przewodu pachwinowego, a tem bardziej przy wystąpieniu objawów jakoby uwięzgnięcia, pomięszanie z przepukliną jest bardzo łatwe, a nieodosobnione fakta dowodnie to potwierdzają.

Tem ci łatwiej pomylić się przy przepuklinie sieciowej zrośniętej ze sznurem, a więc nie dającej się odprowadzić, a dalej z przepukliną otłuszczoną. Zwykle jednak w przypadku przepukliny sieciowej początek jest raptowniejszy, a przebieg odmienny. Tłuszczak powstaje niepostrzeżenie, zwolna a stale się powiększa; przepuklina sieciowa jak nagle powstała, tak trwa dalej bez zmiany, chyba znów w jakiej sposobnej chwili nowe części sieci się wcisną i guz nagle się powiększy. Nadto przepuklina sieciowa rozpiera energiczniej przewód pachwinowy tak, że zwykle szypuła guza jest szerszą, niżeli dolna, wolna część przepukliny sieciowej; tłuszczak nawet bardzo rozrosły łączy się (jeżeli wogóle się łączy) zasadniczo z szypułą bardzo skromnej objętości, z tkanką podsurowiczą. Nadto przepuklina sieciowa inaczej całkiem się wyczuwa, jest zwykle twardą, nie chełbocze, i nie łączy się tak ściśle z częściami składowemi sznura nasiennego.

„Bruchähnliche Fettgeschwülste“ Wernhera odróżnia tylko sekcya, *jeżeli wogóle one zasługują na to samodzielne, osobne stanowisko w rzędzie tłuszczakowych utworów tej okolicy.*

Co do spraw rozwijających się z powłok samego worka mosznowego, to słoniowacina moszen odznacza się cechami tak charakterystycznemi, że porównanie pewnie na myśl nikomu nie przyjdzie. Tłuszczak worka mosznowego zaś rozwija się powierzchownie w ścisłym związku ze skórą, która przy tłuszczaku sznura n. jest najzupełniej wolną. Zresztą jedyny znany przypadek Walthera, to prawdziwe *curiosum*, z którem w codziennej praktyce bezwarunkowo się liczyć nie można. Wreszcie rozpoznanie różniczkowe między tłuszczakiem a innymi nowotworami sznura n., będzie inne dla nowotworów łagodnych, a inne dla złośliwych. Nowotwory złośliwe są zwykle następowe, rozwijają się szybko, rychło ogarniają tkanki sąsiednie i zajmują gruczoły pachwinowe, nakoniec tworzą przerzuty, sprawiają zwykle miejscowe bóle i wywołują ogólne wyniszczenie.

Wśród nowotworów łagodnych najczęściej jeszcze zdarza się tłuszczak, włókniak, którego kilka przypadków opisano (Jobert-Verneuil, Dubois, Curling, Cooper, Fergusson); odznacza się on swoją twardością, podobnie jak chrzęstniak, który jest jeszcze większą rzadkością (Tillmans, Kerz); mięśniak (Trelat), to osobliwość, rozwijająca się około ogona przyjądrza; śluzak jest więcej rozlany, słabo odgraniczony, bardzo miękki, jakoby trzęsący się.

Rokowanie, wobec prawidłowego stanu ogólnego jest dobre, podobnie nieomal jak przy wszystkich nowotworach łagodnych. Chociaż jednak tłuszczak sznura nasien. nie grozi ani śmiercią, ani bezpośredniem cięższem niebezpieczeństwem, mimo to sprowadzić może pewne powikłania i stać się powodem ciężkich przypadów, których lekceważyć nie wolno tem więcej, że i leczenie nie zawsze jest łatwem i wolnem od niebezpieczeństwa. Sam nieustanny rozrost guza, sprowadzającego coraz to przykrzejsze i uciążliwsze przypadłości,

nie może być obojętnym dla chorego. Dalej możliwem jest zawsze przeobrażenie przyrody guza łagodnego w złośliwą, co zresztą od początku nie jest rzeczą zupełnie pewną tak, że i mały nowotwór, choćby żadnych dolegliwości choremu nie sprawiał, winien być (wobec braku pewności, że nie jest nowotworem złośliwym), natychmiast wyłuszczonym. Częstokroć na wielkich guzach, skutkiem nadmiernego napięcia skóry, tworzą się wrzody odleżynowe; podobne wrzody powstać mogą i na tłuszczakach sznura n., jakkolwiek żaden z przytoczonych przykładów tego nie podaje: nakoniec mogą tłuszczaki zagłębiające się w przewód pachwinowy, być czynnikiem usposabiającym do powstawania przepuklin. Dotyczy to w wyższym jeszcze stopniu tych tłuszczaków, które wyszły z tkanki podsurowiczej, a które często trzymają się ściśle otrzewny i, schodząc na dół, pociągają za sobą lejkowate wpuklenie tej błony. Nie czas i nie miejsce tutaj zastanawiać się nad teoryami, które na tej wyłącznie sprawie opierają etyologię przepuklin wogóle (Cloquet, Roser, Wernher, Berger, Monod i Delagéniere, a w ostatnim czasie Lucas Championniére).

(Lucas Championnière. Le role de la grasse dans les hernies. Journal de la Med. et de Chir. pratique. Paris 1896).

Leczenie.

Jedynem leczeniem tłuszczaków sznura nasieniowego jest wyłuszczenie, które należy wykonać jak najrychlej, tak ze względu na niepewną przyrodę guza jak i na możliwe przeobrażenia i ciągły rozrost guza, rzeczy, które już poruszyłem przy omawianiu rokowania. Zresztą im mniejszy guz, tem łatwiejsza operacya, mniejsze zrosty itd. Wyłuszczenie wykonywa się w sposób następujący: Przy zachowaniu wszy-

stkich prawideł postępowania aseptycznego prowadzimy na przedniej zewnętrznej stronie guza cięcie liniowe, albo wrzecionowate, ciągnące się od otworu zewnętrznego przewodu pachwinowego do dolnego bieguna nowotworu. Po przecięciu skóry i podwiązaniu krwawiących naczyń, otwiera się zgrubiałą zwykle torebkę guza, poczem wyłaniają się i występują charakterystyczne zwoje tłuszczaka. Drogą tępą guz daje się zazwyczaj z łatwością wyłuszczyć w całości i jego kopulasta wypustka w przewodzie pachwinowym. Tylko związek z przewodem nasiennym bywa niekiedy tak ścisły, że wypadnie poświęcić jądro. Dotyczy to przeważnie guzów mięszanych, gdzie i z innych względów wytrzebienie jest wskazane. Jakkolwiek przypadki, z których wykonano trzebienie, dotyczą przeważnie osobników starszych, mimo to należy uważać wytrzebienie, jako *ultimum refugium*, jako zabieg, który się wykonywa tylko z konieczności. Zwracam przy tej sposobności uwagę, że nawet w przypadku, gdzie przewód nasienny z łatwością udało się oddzielić, niemałe trudności nastręczyć mogą wiotkie naczynia żylne, które łatwo się przerywają, a wymagają bardzo ostrożnego i dokładnego podwiązywania. Bezwzględne podwiązywanie sprowadzić może nietylko zanik, ale i zgorzel jądra; niedokładne zaś — krwawienie następowe i tworzenie krwiaka, który wikła i przewleka leczenie.

W moim przypadku oddzielenie żył było bardzo trudne; to też doczekałem się przykrego powikłania, krwiaka moszen, który mimo znacznego wypuszczenia skrzepów, bardzo przedłużył chorobę, dał powód do nieznacznego zaniku jądra, a pozostawił stałą pamiątkę choremu, w postaci małego twardego guzka.

Inne powikłania operacyjne, o których wspominają różni autorowie, a które niekiedy śmiercią się kończyły, zależą przedewszystkiem od lekarza, jego wprawy, sumienności i w dzisiejszych czasach nie powinny wogóle się zdarzać.

Jeżeli Kocher ostrzega przed posocznicą, lub tężcem (Tizzoni), to prawdopodobnie czyni to pod wpływem wspomnień przedantyseptycznych.

Co do nawrotów po operacyi, to w przypadkach Curlinga, Langenbecka, lub Andersona chodziło prawdopodobnie nie o czyste tłuszczaki, ale o nowotwory mieszane.

O czem trzeba pamiętać, to o przewodzie pachwinowym, który po wyjęciu guza (jeżeli ten oczywiście w przewód się zagłębia) snadnie służyć może za otwarte wrota dla przepukliny. Należy go przeto w przypadkach, w których wypustka nowotworowa sięga głęboko, rozciąć, tłuszczak doszczętnie wyłuszczyć, lejkowate wypuklenie otrzewny (gdyby było) podwiązać, w końcu zaś kanał i wrota zaszyć, w sposób taki, jaki się używa przy radykalnej operacyi przepukliny.

Najwięcej zalecałby się zatem sposób Bassiniego. Stósownie do wielkości guza, ogólnego stanu chorego, jakoteż upodobania operatora, wykona się operacyę w uśpieniu, lub znieczuleniu miejscowem kokainą, albo tak zw. infiltracyjnem znieczuleniu Schleicha. Wogóle znieczulenie miejscowe jest w tej okolicy łatwe i pewne.

Ranę przy aseptycznem postępowaniu i starannem podwiązaniu naczyń, bezpiecznie całkowicie można zaszyć, a potem należy założyć lekko uciskający opatrunek.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1897. Nr. 24 25 26 27 i 28.

Kraków, 1897. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

LITERATURA.

1. **Albert E.** Lehrbuch der Chirurgie 1891. T. III. str. 596.
2. **Anderson William.** Lancet 14. Octobre 1893. (Sarazin).
3. **Annandale.** Brit. med. Journ. Vol. I. 1868. (S.)
4. **Broca A.** Bull. Société anatomiqne 1888. p. 974. (S.)
5. **Brossard.** a) Lipome du cordon. Bull. Soc. anat. 1882. p. 432.
   b) Des tumeurs solides du cordon sp. Arch. gener. de medicine. Paris. 1884. II. p. 267. (S.)
6. **Bryant.** The Lancet. 1875. t. II. p. 128. (S.)
7. **Buck Gordon.** New-York med. Record. 1871. 1. Nov. (S.)
8. **Championnière Lucas.** Le role de la grasse dans les hernies. Journ de la Med. et de Chir. pratique. Paris 1896.
9. **Cloquet.** Recherches sur les causes et l'anatomie des hernies abdominales. Thèse de Paris 1817.
10. **Curling.** Récidive de tumeurs lipomateuses du c. sp. et du scrotum. Transact. of. the pathol. Soc. London XVIII. 1868.

— Maladies du testicule (Gosselin).

11. **Deguise.** Bulletin et memoires de Soc. chir. T. IX. 1859. (S.)
12. **Delbet Pierre.** Bull. Soc. anat. 1888. p. 974. (S.)
13. **Duplay et Reclus.** Traité de chirurgie T. VIII. p. 235.
14. **Duplay et Follin.** Pathologie externe T. VII. p. 379. (S.)
15. **Duplouy.** Lipo-myxo-sarcoma funiculi. Sem. med. 1891. p. 400.
16. **Englisch.** Oest. med. Jahrbücher 1885. Heft. 3.
17. **Gascoyen.** Transact. of the pathol. Soc. Nondon XVIII 1877. p. 76. (S.)
18. **Gross.** Revue medicale de l'Est 1890. p. 184. (S.)
19. **Holmes.** Lipoma scroti. System of. Surgezy 1876. (4.)
20. **Hodges R. M.** Exceptional fatty tumors. Boston 1884. (Centralbl. f. Chir. 1885. Nr. 12.)
21. **Hue Fr.** (Rouen) Sem. med. 1893. p. 541.

— Bull. Soc. chir. 1893. p. 631. rapport p. M. **Paul Reynier.**

22. **Hutchinson Jonathan.** Lipomata in hernial regions. Transact. of. the pathol. Soc. London XL.

— Centralbl. f. Chir. 1887. Nr. 29.

23. **Hyrtl J.** Handb. d. topographischen Anatomie. T. I. 854. (S.)
24. **Icart et Aubert.** Lipome du cordon. Comptes rendus de seances de la Soc. d. Sciences med. Lyon 1874. (S.)
25. **Koch Carl.** Beitrag zur Kenntniss der Fettgeschwülste im Hodensack. Deut. Zeitschrift für Chir. 1890. XXXI. B.
26. **Kocher Teodor.** Die Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane. (Deut. Chirurgie 1887. s. 24. i 184).
27. **Ledderhose G.** Die chirurgischen Erkrankungen der Bauchdecken etc. 1890. (Deut. Chir. S. 45.).
28. **Malgaigne.** Tumeurs du cordon sp. Th. de conc. pour le prof. Paris 1848. (S.)
29 **Monod et Terrillon.** Maladies du testicule et des ses annexes. Ed. I. p. 732.
30. **Park R.** Lipoma testis etc. Annales of Surgezy 1886. p. 365. Ref. Centrbl. f. Chir. 1886. Nr. 38. (Centrbl. f. Chir. 1888! bis).
31. **Parker W.** Med. gaz. New-York 1882. IX. p. 373. (S.)
32. **Pean.** Tumeurs de l'abdomen et du bassin T. II. 1885. p. 350.
33. **Reclus.** Soc. de Chirurgie 1888. p. 634.
34. **Rossander.** Hygiaea 1883. Jahresber. Virchow 1884.
35. **Sarazin Gaston.** Contribution à l'etude des lipomes du cordon. Sperm. Thèse de Paris 1895.
36. **Schwartz.** Mal. des organes genit. de l'homme. Encycl. int. de Chir. VII. p. 561.
37. **Virchow.** Die krankhaften Geschwülste Bd. I. (Lipoma-Wilms).
38. **Waldeyer.** Arch. f. pathol. Anat. 1868. Bd. 44. Heft 1.
39. **Walther.** Soc. anat. 1890. p. 430. (S.)
40. **Watson Eben.** Lancet. London 1885. I. p. 792 i 837.
41- **Willemer.** (vid. Hodges) Referent Centrbl. f. Chir. 1885. Nr. 12.
42. **Szokalski.** O kiłach tłuszczowych i nagromadzeniach tłuszczu naśladujących kiły. — Pamiętnik Tow. lek. warszaw. 1857. str. 125.

Najważniejsze omyłki druku są:

Na str. 16 wiersz 17 od góry nie Armaudala lecz Annandala.
Na str. 19 wiersz 1 od dołu nie Loui lecz Loin.
na str. 32 wiersz 13 od dołu nie Kerz lecz Kerr.